

LE

N^o 6

RHUMATISME ARTICULAIRE

DU

TOUT PREMIER AGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 novembre 1908

PAR

G. SALLES

Né à Béziers, le 22 février 1885

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*)
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*)
Chimie médicale.	VILLE
Physiologie.	HEDON
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie.	GILIS
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR
Microbiologie	RODET
Médecine légale et toxicologie	SARDA
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER
Clinique obstétricale.	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président</i> .		MM. VIRES, <i>agrégé</i> .
DUCAMP, <i>professeur</i> .		GAUSSEL, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni im-
pro- bation

A MA GRAND'MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

G. SALLES.

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE B. CAZENEUVE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

G. SALLES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MON TRÈS CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BAUMEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. VIRES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

G. SALLES.

AVANT-PROPOS

Nous éprouvons, au moment de quitter cette Faculté de Montpellier, une naturelle et très douce émotion et nous ne saurions remercier assez dignement tous ceux qui, par leur dévouement et leur zèle, ont contribué au développement de nos études médicales.

Que nos chers parents, pour qui nous avons été l'objet d'incessants sacrifices, reçoivent d'abord l'assurance de notre profonde affection et de notre gratitude infinie.

A M. le Professeur Baumel, dont nous avons fréquenté avec beaucoup d'intérêt la clinique médicale des enfants, nous devons une reconnaissance toute particulière pour l'inépuisable bienveillance qu'il n'a cessé de nous prodiguer et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse. C'est lui qui nous a initié à la science médicale et qui a été notre meilleur guide. Heureux et fier d'avoir été son élève, nous suivrons fidèlement pendant notre carrière ses sages préceptes et ses conseils éclairés.

A M. le Professeur Vires qui a été pour nous non seulement un maître bienveillant et dévoué, mais aussi un conseiller précieux, nous devons toute notre considération ; qu'il reçoive ici l'expression de nos remerciements les plus sincères et de notre bien vive sympathie.

Nous garderons également un excellent souvenir à M. le Docteur Alquié, de Canet, qui pendant nos années d'étu-

des, nous honora toujours de sa parfaite et cordiale amitié.

Que tous nos amis reçoivent aussi l'assurance de notre absolu dévouement. Certes, nous eussions voulu. passer longtemps encore avec eux entre les statues de Lapeyronie et de Barthez, et nous éprouvons un vif regret à les quitter.

Mais si l'éloignement nous en sépare, nous ne les oublierons pas et nos belles années d'entrain et de jeunesse vécues parmi eux, seront pour nous l'objet d'un constant souvenir.

Nous ne saurions oublier le docteur Gaujoux, chef de clinique, qui a bien voulu nous communiquer les renseignements nécessaires à notre travail ; nous le remercions bien vivement de son amabilité.

Nous transmettons également tous nos remerciements à M. le Professeur Ducamp, qui se montra toujours pour nous plein de bienveillance, ainsi qu'à M. le Professeur agrégé Gaussel qui, lors des conférences préparatoires à l'externat des hôpitaux, s'occupa de nous d'une façon spéciale.

INTRODUCTION

Durant le cours de nos études médicales et plus particulièrement dans nos stages réitérés à la clinique médicale des enfants, service de M. le professeur Baumel, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de rhumatisme articulaire.

L'idée de faire une étude clinique de cette affection dans le tout jeune âge, nous a été suggérée par M. le professeur Baumel lui-même, à l'occasion d'un petit malade dont le cas nous parut intéressant et fixa notre attention si bien que nous le prîmes pour le sujet de notre thèse inaugurale. Nullement identique au rhumatisme articulaire de la seconde enfance, qui a été étudié à fond dans les ouvrages de pathologie infantile, cette affection des premières années de la vie, et nous nous en sommes rendu compte par nous-même, présente une symptomatologie et une allure spéciales, difficiles à mettre en relief, étant donné qu'on ne la rencontre pas d'ordinaire à cet âge. Nous avons essayé dans ce modeste travail d'en esquisser une étude clinique.

Après avoir exposé un rapide aperçu historique du rhumatisme articulaire chez le tout jeune enfant, nous décrirons dans la symptomatologie les diverses formes de cette affection, puis nous dirons quelques mots de son étiologie. Nous insisterons d'une façon plus particulière sur le diagnostic et, enfin, après avoir établi notre pronostic, nous

verrons quel est le traitement du rhumatisme dans ses différentes manifestations. En dernier lieu, nous essayerons d'exprimer dans nos conclusions les idées générales qui seront en quelque sorte la synthèse du travail que nous avons été obligé d'écourter, à notre grand regret, à cause de la rareté de cette affection dans le premier âge.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE

DU
TOUT PREMIER AGE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire du rhumatisme articulaire de la première enfance date à peine de la fin du siècle dernier. Nous pouvons répéter aujourd'hui, et sans changer un seul mot, ce que Marfan disait déjà en 1895 dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* : « Le rhumatisme articulaire de la première enfance est extrêmement rare. » Cette affection, à cause même de sa rareté, n'a suscité qu'un petit nombre de travaux, aussi serons-nous très bref.

Depuis Bouillaud qui, en 1840, parle du rhumatisme et le décrit d'après la conception que l'on s'en faisait alors, nous devons sauter jusqu'à une période relativement récente pour trouver une étude clinique à peu près complète de cette maladie dans le tout jeune âge.

Dans une thèse parue en 1902, dans cette même Faculté,

le docteur Goudareau a retracé, au sujet de cette affection dans la deuxième enfance, les travaux et discussions célèbres du monde médical, les conclusions de Lapersonne, de Marfan (1888), des professeurs Grasset et Vires (1895), qui rattachaient le rhumatisme articulaire à la grande famille des maladies microbiennes. Le docteur Castagnoni a ébauché dans sa thèse de 1904 un historique que nous avons essayé de compléter et qui se rapporte davantage à notre sujet. En 1877, Blache fait une communication à la Société de thérapeutique au sujet d'un enfant de deux ans atteint de rhumatisme. Une année plus tard, le professeur Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, dans une étude complète, parle du rhumatisme chronique des enfants. Mais c'est surtout dans les vingt dernières années du XIX^e siècle que nous retrouvons une série de travaux réellement importants et se rapportant à notre sujet.

Le docteur Pocock, dans le journal *The Lancet*, en 1882, cite un cas de rhumatisme articulaire aigu chez un nouveau-né dont la mère était atteinte de cette même maladie. Simultanément, Lacaze-Dori fait une bonne étude clinique du rhumatisme nouveau chez les enfants, Mathieu, en 1884, en fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Bouchut, en 1885, publie plusieurs observations du rhumatisme chez les enfants à la mamelle, ainsi que Hénoc'h dans ses leçons cliniques sur les maladies des enfants.

Money, dans *The Lancet*, en 1886, étudie aussi cette affection et, la même année, Schœffer publie un cas analogue à celui de Pocock.

En 1887, le professeur Grancher en fait une étude fondamentale dans ses leçons cliniques. En 1888, Koplick, dans le *New-York Medical Journal*, parle du rhumatisme articulaire aigu chez le nourrisson.

Enfin, plus près de nous, Diamantberger (1891), Variot,

en 1892, Haushalter (1893), Joukowski (1895), et en même temps, Dupont dans la *Gazette des Hôpitaux*, en ont fait des études importantes.

En 1896, Amelin décrit la maladie de Landré Beauvais chez le tout jeune enfant. Delcourt, en 1898, publie un travail intéressant dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*.

Plus récemment encore, M. le professeur Baumel, à la suite de plusieurs cas observés dans sa clinique, en a fait le thème d'une de ses leçons magistrales (*Annales de médecine et de chirurgie infantile*, Paris, 15 août 1908).

De cet historique, il résulte que depuis ces dernières années, le rhumatisme articulaire dans le jeune âge a été le point de départ de travaux et publications qui ont précisé sa physionomie et en ont fait, dans le cadre nosologique, un type au même titre que les autres maladies infantiles les plus fréquentes.

Nous ne prétendons pas présenter ici un travail inédit, mais simplement exprimer quelques réflexions à l'occasion du sujet que nous allons traiter.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Pour étudier d'une façon méthodique les symptômes de la maladie qui fait l'objet de notre thèse, nous envisagerons successivement :

1° Le rhumatisme articulaire aigu.

2° Le rhumatisme articulaire chronique.

3° Les complications viscérales de ces deux formes.

4° Les coexistences du rhumatisme avec d'autres infections (scarlatine, oreillons, tuberculose, etc.) ou pseudo-rhumatismes infectieux.

I. LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — a) *Début.* — La fluxion articulaire peut, chez l'enfant, s'établir graduellement, et alors les jointures sont le siège de douleurs vagues, mobiles, légères, fugaces, qui n'empêchent nullement les mouvements. Bientôt, le siège de cette fluxion se précise ; l'empâtement articulaire est très net, et l'impotence fonctionnelle est plus ou moins marquée ; la douleur, parfois, dépasse les limites de l'article et s'irradie vers les parties molles voisines.

D'autres fois, c'est un léger mouvement fébrile qui annonce la période de début de la céphalalgie et un assoupissement que rien ne peut calmer. Enfin, l'inflammation des amygdales et de l'isthme du gosier, l'hypertrophie des

ganglions sous-maxillaires, en un mot tout le cortège de l'angine rouge douloureuse, peut, avec l'élément fébrile, en imposer pour une scarlatine au début : beaucoup s'y sont trompés.

b) *Période d'état.* — Ici, nous trouvons des symptômes comparables à ceux du rhumatisme chez l'enfant déjà grandet et chez l'adulte, mais beaucoup moins accusés. S'il est des cas où les douleurs sont supportables, il en est d'autres où le moindre mouvement exaspère le malade et lui arrache des cris. Une fois le gonflement articulaire constitué, les articulations et les membres sont le siège d'un œdème blanc, dur et douloureux ; la peau garde sa température et sa couleur normales.

L'épanchement peut être considérable surtout au genou et au cou-de-pied. S'il fait défaut, la synoviale, elle-même atteinte par l'infection rhumatismale, est le siège de frottements qui se traduisent à l'extérieur par des craquements secs.

La palpation des jointures malades est très douloureuse et les mouvements, actifs ou passifs, sont presque impossibles. Il peut y avoir une légère atrophie en relation constante avec la lésion articulaire.

Le rhumatisme est rarement généralisé ; il est surtout oligo-articulaire et atteint, de préférence, les articulations des membres : cou-de-pied, poignet, genou ; cependant, les articulations des doigts et des orteils peuvent également être prises (cas de Dupont).

La fièvre est en général irrégulière, très modérée, surtout intense au début ; l'élévation de la température, les grandes ascensions thermiques sont ici le fait d'une détermination viscérale grave.

La durée de la maladie est très variable : le chiffre d'une dizaine de jours, consigné dans la plupart des tra-

vaux, nous paraît arbitraire ; nous avons vu notre petite malade souffrir de son attaque aiguë plus de vingt jours (voir plus loin notre observation).

Cette durée peut être abrégée par une complication intercurrente, le plus souvent par les convulsions (cas de Dupont).

Enfin, la localisation de l'infection aux articulations des vertèbres cervicales peut en imposer pour une méningite cérébro-spinale et masquer complètement le tableau clinique que nous venons de décrire.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Très résumée ; cas de Dupont)

Rhumatisme articulaire aigu chez un enfant d'un an ; rhumatisme cérébral.
Mort.

Il s'agit d'une petite fille d'un an, nourrie au sein. Logement humide, pas de traces de rhumatisme chez les parents. Main gauche gonflée, chaude, rouge, douloureuse au toucher, ainsi que le dos de la main jusqu'au poignet. Même aspect du gros orteil droit, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Traitement au salicylate mal toléré.

Cinq jours après, la malade est prise d'accidents cérébraux violents suivis de mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Baumel).

La malade en question, que nous avons suivie pas à pas, a fait l'objet d'une communication de M. le professeur Baumel au journal *Archives de Médecine et de Chi-*

rurgie infantile. Nous en extrayons les principaux passages :

Un cas de rhumatisme articulaire aigu chez une enfant tout jeune.

« Le 12 juin 1908, est présentée à la consultation gravement atteinte.

Pupille de l'Assistance publique, et placée en garde depuis quelques semaines chez une fermière des environs de Montpellier, cette enfant est tombée malade il y a deux jours. Forte fièvre et assoupissement : tels sont les deux seuls symptômes que signale, à l'interrogation, l'entourage de l'enfant.

Pas de diarrhée, mais plutôt de la constipation. L'enfant ne tousse pas, ne se plaint de rien. Température : 39°5.

A l'examen, on peut constater, avec quelques râles de bronchite légère, une angine très nette ; les amygdales obstruent presque complètement l'isthme du gosier ; d'assez volumineux ganglions existent dans la région sous-maxillaire.

En présence de cette température élevée, que rien de spécial ne paraît expliquer, le docteur Gaujoux, chef de clinique, dirige l'enfant vers le service des contagieux, pavillon des douteux, émettant la possibilité d'une scarlatine.

M. le professeur Baumel la voit le 13 au matin et constate une légère bronchite, un peu plus marquée à la base gauche en arrière.

Le 15, l'enfant paraît éprouver des douleurs abdominales que le moindre contact exaspère. En l'absence de toute éruption, et vu le caractère de l'angine, la malade rentre à la salle des filles numéro 5.

Le 16, la fièvre est restée très élevée : 39 à 40°. Comme symptômes fonctionnels, des cris perçants, une constipation opiniâtre.

C'est seulement alors que l'examen révèle en même temps que l'exagération des cris par la mobilisation des jambes, un empâtement articulaire assez marqué au niveau des cous-de-pied, avec œdème blanc, dur et douloureux des jambes ; enfin, quelques légers craquements dans les genoux.

Pourtant, pas d'albumine dans les urines. Le cœur est à 120 (il présente de l'endomyocardite) ; mais les bruits ne sont pas sensiblement modifiés ; il y a de fréquentes intermittences. Sans hésiter, M. le professeur Baumel porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et institue le traitement suivant :

1° Régime lacté absolu ;

2° La potion suivante : Salicylate de soude, 0,50 ; sirop de menthe, 30 ; eau, 120 ;

3° Enveloppements articulaires ouatés, après onctions à l'huile de camomille camphrée chaude ;

4° Potion gargarisme au chlorate de potasse, 2 grammes.

L'angine ne tarde pas à disparaître ; mais les douleurs et l'empâtement articulaire persistent.

La température baissa d'abord sous l'influence du salicylate ; l'enfant paraît moins souffrir. Mais le 19, au matin, nouvelle ascension thermique : 39°. Les poignets sont atteints ; en même temps, l'auscultation du cœur révèle que le premier bruit est très soufflé ; ce souffle, rude, intense, maximum à la pointe et dans l'aisselle, occupe presque toute la révolution cardiaque et couvre même en partie le second bruit ; pouls rapide, mal frappé, intermittent. Tension 6 à l'appareil de Potain.

L'œdème des pieds, loin de rétrocéder, semble avoir augmenté : traces d'albumine dans les urines. En même temps, l'auscultation démontre, en arrière un souffle pleurétique très net à droite, plus marqué à la partie supérieure. Dyspnée assez intense. Tous les signes de la pleurésie classique sont observés à ce niveau et confirment le diagnostic.

Au bout de peu de jours, grâce à l'application d'un vésicatoire (malgré les traces d'albumine constatées dans les urines), l'état de l'enfant s'améliore. Le souffle pleurétique disparaît, faisant place à de simples frottements, d'ailleurs peu absorbants.

Bientôt, la guérison de la poussée grave de rhumatisme articulaire aigu que nous a présentée l'enfant est définitive. Le 3 juillet, il n'a plus de fièvre ni de douleurs articulaires ; mais on constate encore une séquelle importante au niveau de l'endocarde ; le temps seul permettra d'en apprécier la valeur. »

II. LE RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE. — Il a été observé par M. P. Gendre chez un enfant de 18 mois. La symptomatologie de cette forme de rhumatisme se rapproche beaucoup de celle que l'on a l'habitude de décrire dans la seconde enfance et chez l'adulte.

C'est une polyarthrite chronique déformante qui peut succéder à une attaque de rhumatisme articulaire aigu, à une polyarthrite infectieuse secondaire, ou bien s'établir d'emblée et paraître primitive.

Nous retrouvons ici la tuméfaction, la douleur intermittente, l'impotence fonctionnelle dans les articulations atteintes par le rhumatisme. Puis nous arrivons à la phase des attitudes vicieuses et des déformations persistantes. L'épanchement articulaire a disparu, et cependant nous

constatons encore un gonflement au niveau de l'articulation : les extrémités osseuses, les épiphyses ont augmenté de volume ; les tissus articulaires et péri-articulaires ont subi une transformation fibreuse et sont rétractés. Nous avons alors différents types d'attitudes vicieuses sur lesquels Charcot a longuement insisté. L'ankylose des articulations s'installe très rapidement. A chaque poussée de rhumatisme, il se produit une exacerbation de la fièvre, et cela plus fréquemment que chez l'adulte.

La mobilisation est très douloureuse et parfois impossible. Avec les progrès de la maladie, le petit enfant s'amaigrit et tombe peu à peu dans la cachexie. Cependant, il est fréquent de voir, dans le tout jeune âge, une rétrocession dans les lésions et une marche lente et graduelle vers la guérison.

OBSERVATION III

(Très résumée, in Thèse du Dr Castagnoni)

Arthropathies et déformations articulaires consécutives du rhumatisme aigu chez un enfant du premier âge.

Le petit malade est âgé de 21 mois ; depuis longtemps, il traîne sa jambe gauche : l'articulation du genou est tuméfiée et douloureuse. Le genou droit, la cheville, les coudes, les poignets, la nuque sont successivement pris à leur tour. Un médecin appelé croit au rachitisme. Logement humide ; l'enfant a été déposé plusieurs fois, par sa mère, sur le sable au bord d'une rivière. Mère rhumatisante. Le malade a peu de fièvre. Palpation des deux genoux très douloureuse ; légère atrophie musculaire. Les coudes sont douloureux, mais non tuméfiés. Traitement au salicylate et frictions avec de l'huile de camomille camphrée ; Sirop de raifort iodé ; cette thérapeutique est

complétée par le massage et la mobilisation précoces. L'enfant va mieux. M. le professeur Baumel recommande le port d'un appareil orthopédique, et au bout de quelque temps, le petit malade peut marcher convenablement.

III. COMPLICATIONS VISCÉRALES. — Il est des cas, chez le tout jeune enfant, où l'attaque reste localisée aux jointures ; il n'est pas rare de voir l'infection toucher les viscères et y créer des désordres graves. La localisation articulaire précède habituellement les déterminations viscérales, mais bien des fois la marche est renversée, et le rhumatisme n'apparaît qu'après une pleurésie, une angine (voir notre observation), une endocardite rhumatismales.

a) *Dans le rhumatisme articulaire aigu.* — Nous insistons plus spécialement sur les localisations cardiaques, pleuro-pulmonaires, nerveuses, et nous glisserons rapidement sur celles des voies digestives, urinaires et de la peau.

Un rhumatisme, même léger, frappe les séreuses cardiaques ; « il mord le cœur » et y provoque des lésions parfois irrémédiables. Habituellement, l'endocardite et la péricardite apparaissent, d'après Marfan, dans les deux derniers jours de la première semaine ou dans les deux premiers jours de la seconde semaine.

L'endomyocardite a été signalée dans notre observation.

Nous n'avons pas à décrire ici l'endocardite rhumatismale, nous rappellerons seulement qu'elle frappe surtout la valvule mitrale ; elle s'installe insidieusement ; aussi doit-on ausculter tous les jours le cœur de l'enfant rhumatisant d'une façon systématique. La *péricardite rhumatismale*, avec ou sans épanchement, est le plus souvent fugace et légère ; elle se relèvera à l'auscultation par des

bruits de frottement, présentant souvent le rythme d'un bruit de galop ; si le rhumatisme passe inaperçu, la péricardite peut être considérée comme idiopathique, alors que c'est une lésion acquise ; nous en dirons autant de l'endocardite rhumatismale. La *symphyse du péricarde* avec palpations, dyspnée, hépato et splénomégalie, hydro-pisies multiples, a pu être observée chez des enfants un peu plus grands par M. le professeur Baümel ; le tracé sphygmographique nous sera alors utile pour nous renseigner sur la gravité et l'étendue d'une lésion semblable.

En somme, comme le disait Bouillaud : « Chez les jeunes sujets, le cœur se comporte comme une articulation ».

La *pleurésie* peut accompagner ou suivre l'attaque du rhumatisme ; elle est insidieuse ; parfois, elle s'installe d'un façon bruyante et douloureuse.

Notre petite malade avait, à l'auscultation, un souffle pleurétique très net à droite et une dyspnée intense. Nous n'avons pas à insister sur les signes classiques de la pleurésie rhumatismale chez les enfants. L'*œdème aigu du poumon* et la *pneumonie rhumatismale* ont été signalés.

Le *système nerveux* n'est pas à l'abri de cette affection, et si le rhumatisme cérébral est chose rare chez l'enfant, il n'en est pas de même de la chorée rhumatismale. G. Séz, en 1850, a bien démontré les rapports du rhumatisme et de la chorée. Celle-ci apparaît le plus souvent au déclin de l'attaque articulaire.

La *néphrite rhumatismale*, les dermatoses (érythème, purpura, urticaire), assez fréquentes chez l'adulte, n'ont pas été signalées chez les enfants dans le tout jeune âge.

L'angine du début ne manque que rarement, et le catarrhe gastrique et intestinal a été observé bien souvent.

b) *Dans le rhumatisme articulaire chronique.* — Les petits malades gardent une immobilité absolue, et il arrive très souvent que la nutrition ne se fait pas convenablement. Au nombre des complications qui peuvent survenir, on a signalé les cardiopathies dont nous avons parlé au sujet du rhumatisme articulaire aigu, surtout la péricardite ; l'albuminurie est fréquente, et la phthisie pulmonaire ne tarde pas à enlever le malade bien des fois.

IV. PSEUDO-RHUMATISMES INFECTIEUX. — Les maladies infectieuses peuvent déterminer des manifestations articulaires, relevant de l'infection générale de l'organisme. Les polyarthrites scarlatineuse, ourlienne, blennorrhagique, le rhumatisme tuberculeux sont le plus communément observés chez l'enfant, en raison même de la fréquence de ces infections. Faut-il voir dans les pseudo-rhumatismes un réveil de la diathèse rhumatismale, sous l'influence de l'infection, comme le pensait Peter, ou bien simplement une complication de l'infection elle-même ? Nous croyons plutôt, et conformément aux idées admises aujourd'hui, que ces arthropathies sont de nature pseudo-rhumatismale et infectieuse. Nous en parlerons brièvement.

a) *Pseudo-rhumatisme scarlatin.* — C'est une complication rare de la scarlatine due au streptocoque. Le rhumatisme est léger, oligo-articulaire, dont le siège est le plus souvent au poignet et aux articulations des doigts : il y a de la tuméfaction et des douleurs légères dans la forme séreuse. La forme suppurée, mono-articulaire, est plus grave, et les petits malades peuvent succomber à l'infection généralisée. On doit examiner attentivement la peau et les desquamations. Il apparaît tardivement : le 30^e jour, d'après Rendu.

b) *Rhumatisme ourlien*. — Bracquehaye en a observé un cas grave chez un enfant de 11 mois. Ce pseudo-rhumatisme relève directement de l'infection ourlienne ; il est aussi oligo-articulaire et surtout périarticulaire ; il s'attaque aux gaines tendineuses et aux bourses séreuses ; les douleurs articulaires sont peu intenses et très vagues.

c) *Rhumatisme blennorrhagique*. — Il relève de l'ophtalmie purulente du nouveau-né, consécutive à une vaginite blennorrhagique de la mère, de la vulvite blennorrhagique des petites filles. Il est oligo-articulaire et d'une fixité surprenante : il se localise au genou, au poignet, au cou-de-pied, aux petites articulations. Ici, la jointure est tuméfiée, rougeâtre, chaude et douloureuse, et il peut survenir une atrophie musculaire dans le membre correspondant.

d) *Rhumatisme tuberculeux*. — Poncet, de Lyon, a décrit cette forme de rhumatisme, plus fréquente qu'on ne le croit. « Tantôt, ce sont de vagues douleurs spontanées ou provoquées, plus ou moins localisées aux articulations ou vers les membres ; tantôt, ce sont des arthrites aiguës, subaiguës, offrant les caractères de rhumatisme franc, tantôt des arthropathies chroniques simulant l'aspect noueux ou déformant. »

Cette forme est particulièrement grave par ses complications viscérales, surtout si le petit malade est issu de souche tuberculeuse.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Pour étudier méthodiquement les causes de la maladie, nous avons classé nos données étiologiques en :

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — 1° *Hérédité*. — Elle semble rentrer pour une large part, d'après les observations que nous avons recueillies, dans la production du rhumatisme ; elle paraît créer chez l'enfant tout jeune une prédisposition dont la filiation des faits nous échappe ; cette prédisposition, héréditaire ou acquise, est presque toujours constante. Beaucoup ont repoussé son rôle. Pour nous, bien qu'elle ne soit pas complètement établie, nous avons retrouvé la transmission héréditaire plusieurs fois, soit de la part des ascendants directs, soit de la part des branches collatérales.

2° *Age*. — Il n'est guère possible d'assigner une limite d'âge à l'infection rhumatismale. Cependant, nous devons dire qu'elle est rare dans le premier âge, nous l'avons déjà signalé. Les cas de Pocock, chez les nouveau-nés, de Wiederhofer, chez un enfant de 23 jours, de Bouchut, chez un nourrisson, d'Henoch, de Stager, sont demeurés classiques. Les pseudo-rhumatismes infectieux s'observent très souvent dans la première enfance. Les fillettes semblent être plus fréquemment frappées que les garçons.

3° *L'influence climatérique* est des plus secondaires ; néanmoins, les climats froids et humides payent un large tribut au rhumatisme.

4° *La mauvaise hygiène*, l'alimentation défectueuse, les logements humides et malsains, les troubles digestifs, qui produisent lentement de véritables intoxications chez les jeunes sujets, sont des données étiologiques plus sérieuses, surtout dans les tempéraments arthritiques.

II. CAUSES OCCASIONNELLES. — 1° *Le froid et l'humidité* peuvent survenir lentement dans les habitations malsaines, au rez-de-chaussée, ou brusquement, si l'enfant a été exposé à la pluie, déposé sur le bord humide d'un ruisseau, sur le gravier d'une rivière (cas de Castagnoni). Ces facteurs étiologiques, à eux seuls, suffisent pour produire jusqu'à 39°5 de fièvre et des douleurs articulaires violentes.

2° Le surmenage n'est pas à invoquer ici, mais chez les enfants déjà grands il rentre sérieusement en ligne de compte.

3° Le traumatisme peut être aussi le point de départ d'une localisation articulaire de la maladie.

III. CAUSES DÉTERMINANTES. — L'évolution du rhumatisme étant analogue à celle d'une maladie infectieuse, il est légitime d'incriminer l'agent même de cette infection. Les recherches bactériologiques n'ont encore rien de définitif ; le bacille d'Achalme et Thiroloix, le diplocoque de Triboulet-Goyon, de l'aveu même de Triboulet, n'ont rien de spécifique. Pour les pseudo-rhumatismes infectieux, nous les avons déjà définis comme une localisation de l'infection ; il nous sera, dès lors, facile de remonter jusqu'à la cause.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

I. DE LA FORME AIGÜE. — Le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu chez les tout jeunes sujets, présente parfois des difficultés sérieuses. L'infection rhumatismale, nous l'avons vu, est parfois si légère qu'elle passe inaperçue et le médecin appelé au chevet du petit malade se trouve en présence des complications, d'une chorée, d'une endocardite, d'une myocardite. Un interrogatoire serré et minutieux sera alors nécessaire pour apprendre que l'enfant a eu précédemment, en même temps qu'une fièvre légère, des douleurs dans les articulations.

La ténacité de l'arthrite blennorrhagique, la constatation d'une ophthalmie purulente, d'une vulvo-vaginite gonococcique, empêcheront d'égarer notre diagnostic vers le pseudo-rumatisme blennorrhagique. Les commémoratifs, l'examen minutieux des desquamations, l'apparition tardive des arthropathies, nous feront reconnaître le *rhumatisme scarlatin*.

Le purpura rhumatoïde, par ses douleurs gastro-intestinales et articulaires, l'éruption pétéchiale, sera bien caractérisé cliniquement.

Les douleurs de croissance offrent plus de difficultés : le petit enfant a grandi très rapidement et se plaint de douleurs au niveau des jointures. M. le professeur Baumel

a insisté sur le siège de ces douleurs ; elle sont surtout péri-articulaires, dans le cartilage diaphyso-épiphysaire des condyles du fémur et du tibia.

La douleur violente, bien limitée en un point osseux, l'intensité de la fièvre au début, sont le propre de l'*ostéomyélite*.

Si l'apparition des symptômes caractéristiques du rhumatisme articulaire est tardive, et si, n'envisageant que l'état fébrile dans les cas de fièvre rhumatismale intense, nous pensons à une pneumonie, à une dothiéntérie au début, l'auscultation du cœur et l'instauration des douleurs articulaires préciseront notre diagnostic.

II. DE LA FORME CHRONIQUE. — La période d'état avec les attitudes vicieuses, les rétractions et atrophies musculaires précoces accompagnant la douleur et les gonflements articulaires est suffisamment caractérisée.

Les arthropathies syphilitiques seront éliminées, par la constatation des antécédents spécifiques des ascendants, les douleurs ostéocopes nocturnes et les stigmates de l'hérédosyphilis chez l'enfant.

Les arthropathies tabétiques n'ont jamais été signalées dans la première enfance.

Le diagnostic d'avec le rachitisme est délicat. Les jeunes sujets rachitiques ont quelquefois, en effet, une fièvre assez intense, de la douleur et du gonflement au niveau ou tout près des articulations des membres, en un mot tout le tableau de l'affection rhumatismale : l'erreur de diagnostic a été commise, nous la dirons même facile à commettre. Hormis le cas où rhumatisme et rachitisme sont franchement associés, les déformations des os, le chapelet rachiti-

que au niveau des articulations chondro-costales, l'aplatissement de la cage thoracique, le gros ventre, seront des données suffisantes pour nous faire différencier les deux affections.

On ne confondra pas davantage le rhumatisme déformant avec une *tumeur blanche*. Les antécédents du petit malade, la localisation de l'affection à une seule articulation, la formation de pus dans la cavité de l'article, les abcès ossifluents, l'analyse bactériologique et les signes fréquents de tuberculose pulmonaire coexistante, redresseront un diagnostic erroné.

Le rhumatisme tuberculeux de Poncet donne souvent lieu à des erreurs, surtout s'il prend la forme d'une simple arthralgie. Mais sa marche à type inflammatoire ainsi que l'ensemble de ses symptômes le rapprochent des pseudo-rhumatismes infectieux. A la période de début du rhumatisme chronique, la confusion est possible entre cette maladie et l'entorse banale, la goutte ; Bouchut ajoute même que le diagnostic différentiel entre ces deux affections, goutte et rhumatisme, est presque impossible. Il est certain que lorsque la symptomatologie s'accuse davantage, nous ne les confondrons pas.

III. DES COMPLICATIONS DU RHUMATISME. — Si les déterminations viscérales (endocardite, péricardite, etc.) précèdent l'apparition des symptômes, ou même si les symptômes du rhumatisme manquent, par exemple, dans une attaque légère, fugace, il faudra se rappeler que chez le tout jeune enfant elles sont très souvent d'origine rhumatismale (notre petite malade nous a présenté le tableau de la pleurésie classique), il faudra explorer attentivement les articulations, car l'endocardite, la péricardite rhuma-

tismale, etc., ne diffèrent en rien de celles qui sont décrites comme une entité morbide.

IV. DES PSEUDO-RHUMATISMES INFECTIEUX. — Il sera nécessaire, dans ce cas, de rechercher la cause première des localisations articulaires, le diagnostic sera ainsi simplifié si nous avons constaté une scarlatine, les ourles, une vulvite au début.

L'arthrite cervicale, qui peut survenir aussi bien dans le rhumatisme franc que dans les polyarthrites secondaires, sera dans certains cas difficile à dépister.

Une *méningite cérébro-spinale*, une adénopathie, sont suffisamment caractérisées pour éviter une erreur.

Le mal de Pott sous-occipital, à début lent, nullement fébrile et sans coexistences de douleurs articulaires autres que celles de la région cervicale, sans localisations cardiaques, sera différencié, mais avec difficulté.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de cette affection dans le tout premier âge, est un point très intéressant. A la suite d'une attaque légère, il est plus bénin que chez l'adulte, mais il ne s'ensuit pas que l'on doive, dans tous les cas, considérer cette affection comme banale et sans suite. Nous avons vu le contraire. Cadet de Gassicourt s'est élevé à juste raison contre cette soi-disant bénignité : il est des cas où la polyarthrite a été fugace et où cependant la gravité des lésions viscérales a dépassé nos prévisions. Il faut surtout se défier des formes récidivantes, compliquées presque fatalement de cardiopathies irrémédiables. L'endopéricardite, l'anémie post-rhumatismale tenace sont la preuve qu'il n'y a pas eu la *restitutio ad integrum* des formes légères. Ainsi donc, dans le tout jeune âge, où les manifestations viscérales sont très fréquentes et, pour ainsi dire, sur leur terrain de prédilection, nous nous y tiendrons sur une prudente réserve. Enfin, la fréquence des convulsions et l'intolérance parfois insurmontable des médicaments, surtout du salicylate, chez les nourrissons, contribuent singulièrement à assombrir le pronostic. En définitive, celui-ci est intimement lié à l'existence de complications cardiaques et à leur gravité,

à la tendance aux récidives et à l'état chronique, à l'âge du sujet, en un mot à l'état pathologique. Pour les pseudo-rhumatismes, il dépend de la gravité de l'intoxication et de ses complications.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — *Le traitement prophylactique* consistera à veiller à ce que les sujets issus de souche arthritique, évitent le froid et l'humidité.

Pour le *traitement curatif*, il faudra immédiatement prescrire le régime lacté et administrer le salicylate. M. le professeur Baumel préconise la formule suivante pour les enfants âgés de 2 ans :

Salicylate de Na 0 50

Sirop de menthe 30

Eau120

Les applications de baume tranquille, de liniment à base de belladone, camomille, jusquiame, sur les articulations malades, ont été plusieurs fois essayées par nous avec succès.

Les onctions à l'huile de camomille camphrée chaudes ont le même résultat. Les badigeonnages avec le salicylate de méthyle, suivis d'un enveloppement articulaire ouaté, seront aussi un très bon traitement local.

II. DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE. — *Pendant les périodes aiguës*, ce sera le même traitement. *Dans*

l'intervalle, on s'adressera, d'une part, à la médication interne : huile de foie de morue, iodure de fer, arsenic, l'acide salicylique ; puis, localement, on agira sur les articulations malades par les bains chauds, les bains sulfureux, le massage et la mobilisation précoces, enfin par l'électrothérapie. Dans les formes intenses, il est parfois nécessaire de faire le redressement lent et progressif, et ordonner le port d'un appareil orthopédique. Les eaux de Bourbonne-les-Bains, d'Aix-les-Bains, de Salies-de-Péarn, de Dax, de Barèges, etc., comptent de nombreuses guérisons.

III. DES COMPLICATIONS VISCÉRALES. — Il faudra traiter la cause de ces complications, c'est-à-dire le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique. Si les accidents viscéraux prennent le dessus, c'est à eux que nous devons nous attaquer.

Nous nous adresserons à la thérapeutique habituelle des maladies de cœur chez l'enfant tout jeune, quand nous nous trouverons en présence d'une endocardite, d'une péricardite, etc., d'origine rhumatismale.

IV. DES PSEUDO-RHUMATISMES INFECTIEUX. — Il faudra appliquer le traitement préventif habituel des maladies infectieuses. L'affection une fois confirmée, nous pourrions nous adresser au salicylate de soude, dont l'action est ici moins efficace. L'antipyrine et la quinine calment bien les douleurs. La compression et la révulsion, la ponction antiseptique, auront raison de l'hydarthrose ; enfin, nous pourrions, en dernière ressource, nous adresser à l'arthrotomie.

Le rhumatisme tuberculeux indiquera le traitement général habituel (médication arsenico-phosphatée : cacodylate, méthylarsinate de soude, carbonate de gaïacol, etc.) ; l'enveloppement ouaté articulaire, la révulsion. L'huile de foie de morue a amené bien des fois une guérison à peine entrevue.

CONCLUSIONS

De l'étude clinique que nous venons de faire, il résulte que :

1.) Toutes les formes de rhumatisme articulaire sont possibles dans le premier âge.

2.) La symptomatologie de cette affection des premières années de la vie est complexe : l'ensemble des faits est moins bien accusé que dans la seconde enfance et chez l'adulte, surtout pour le rhumatisme articulaire aigu.

3.) C'est principalement dans l'hérédité, les mauvaises conditions hygiéniques, le froid, l'humidité, qu'il faut en rechercher l'étiologie.

4.) Le diagnostic des formes aiguës est difficile à porter chez les nourrissons, non seulement à cause de la complexité de l'affection, mais aussi parce que l'enfant ne signale pas comme l'adulte ses points douloureux.

5.) La solution de cet état pathologique est en général favorable ; il faut néanmoins compter avec les lésions viscérales qui, même bien compensées, ne doivent jamais être négligées.

6.) Le traitement de choix pour les formes aiguës est encore le salicylate de soude et la médication iodo-iodurée ; pour la forme chronique : le massage, la mobilisation précoce, l'orthopédie, l'électrothérapie et l'arthrotomie ; pour le pseudo-rumatisme : le traitement de la cause même.

BIBLIOGRAPHIE

Archives de médecine des enfants. Docteur Comby.

BAGINSKI. — Traité des maladies des enfants ; trad. Guinon. Paris, Steinheil, 1892.

BAUMEL L. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Masson, édit. Paris, 1893.

— Précis des maladies des enfants. De Rudeval. Paris, 1904.

— Symphyse du péricarde d'origine rhumatismale avec tracé sphymographique. Congrès de Pédiatrie, Nantes, 1901. Voir le tracé sphymographique dans le précis ci-dessus, page 447.

BESNIER. — Art. Rhumatisme in Dict. encyclopédique des sc. méd.

BLACHE. — Compte rendu de la Société de thérapeutique. Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie. Paris, 1877.

BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, 1885.

CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance. Leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie. Paris, 1882. Maladies des enfants. Paris, 1887.

CARLO-MAZZA. — Giornale dell. R. Acad. di med. di Torino, 1894.

- CASTAGNONI. — Rh. art. aigu ; arthropathies et déformations articulaires consécutives chez un enfant du premier âge. Thèse de Montpellier, 1904.
- CHIARO et ISNARDI. — Gaz. médi. di Torino, 1894.
- DUPONT. — Gazette des hôpitaux, numéro 80, juillet 1895 : Considérations sur le rhumatisme aigu de la première enfance.
- DIAMANTBERGER. — Du rhumatisme nouveau (polyarthrite déformante) chez les enfants. Paris, 1891.
- GOUDAREAU. — Du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1902, numéro 48.
- GRANCHER-MARFAN-COMBY. — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1897.
- HAUSHALTER. — Un cas de polyarthrite chronique progressive infantile. Rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né. (Comm. au 2^e Congrès français de méd., Bordeaux, 1895.)
- HUCHARD. — Gazette des mal. infantiles. Paris, 1901. Leçon sur le cœur et rhumatisme chez l'enfant.
- JAMES F. GOODHART. — Traité pratique des mal. des enfants. Trad. Variot, 1895.
- JOUKOWSKI. — Rhum. artic. aigu chez les enfants nouveau-nés. Rev. mens. des maladies de l'enfance, 1895.
- KOPLICK. — Acute articular rheumatism in the nursing infant. In New-York médical journal, 1888.
- LINDERMANN. — Beitrage zur Augenheilkunde, 1892.
- LUCAS G. — Gonorrhœal rheumatism in an infant the result of purulent ophtalm. Opht. Rev, numéro 42.
- MATHIEU. — Contribution à l'étude du rhum. chronique chez les jeunes sujets. Thèse de Paris, 1884.
- MICHEL. — Gravité des lésions cardiaques du rhum. chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1905.
- MONCORVO. — Du rhum. chronique des enfants et de son

traitement. Sur le rhum. blennorrhagique chez l'enfant. Médecine infantile, 1894.

NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile. Masson, éditeur. Paris, 1907.

POCOCK. — A case of acute rhum. occuring in a newly-born infant, in The Lancet, 1882.

PONCET. — Du rhum. tuberculeux. Revue de médecine, novembre 1903.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité des mal. des enfants. Paris, 1861.

SCHÖFFER. — Ein Fall von acuten Gelenkreumatismus bei einer Mutter und deren neugeborenen Kinde. Ber. Klin. Woch, 1886.

WEILL. — Précis de médecine infantile, 1900.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 16 Novembre 1908
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 Novembre 1908
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
